

**UNIVERSIDAD TÉCNICA NACIONAL
AUDITORÍA UNIVERSITARIA
INFORME DE AUDITORÍA AU-01-2020**

SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL

ALAJUELA

MARZO, 2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	4
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Origen del estudio	8
1.2. Objetivo General	8
1.3. Alcance del estudio	9
1.4. Limitaciones	9
1.5. Marco referente y metodología aplicada.....	9
1.6. Generalidades acerca de la auditoría.....	11
1.7. Comunicación preliminar del resultado del estudio.....	13
2. RESULTADOS.....	13
2.1 Vinculación del Marco Orientador con las Directrices de la CGR relativas al SEVRI...	13
2.2 Dependencias que realizan la valoración de riesgos institucionales.....	15
2.3 Identificación y administración de los riesgos.....	17
2.3.1 Identificación.....	17
2.3.2 Administración	19
2.4 Comprobación de los niveles de severidad de las dependencias.....	25
2.5 Evaluación de severidad con Medidas de Administración Sugeridas	30
2.6 Documentación del cumplimiento y cierre técnico de las actividades de las Medidas de Administración Sugeridas	35
3. CONCLUSIONES.....	42
4. RECOMENDACIONES.....	43
4.1. A la Directora de Planificación Universitaria	43
5. CONSIDERACIONES FINALES	46
6. ANEXOS	47
ANEXO 1	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Valoración de riesgos.....	17
Tabla 2 Periodo de MAS.....	19
Tabla 3 Situaciones con evaluación de MAS	30
Tabla 4 Evidencias de cumplimiento de las MAS.....	35

RESUMEN EJECUTIVO
INFORME DE AUDITORÍA AU-01-2020
SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL

¿Qué examinamos?

Se examinó la aplicación del Marco Orientador Sistema Específico de Valoración de Riesgo¹ de la Universidad y el nivel de riesgos de las dependencias o áreas, a fin de verificar que dicho cumplimiento se llevará a cabo conforme al marco legal y técnico aplicable.

¿Por qué es importante?

La valoración de riesgos genera información importante para la toma de decisiones, ya que está asociada a los posibles eventos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, por lo que se aplican medidas que coadyuvan a la administración de estos riesgos, todo esto para el resguardo de los fondos públicos que se ejecutan en la Universidad y el cumplimiento de los fines para la cual fue creada.

¿Qué encontramos?

Se determina que en las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) emitidas por la Contraloría General de la República de Costa Rica (CGR)², indican al menos los sujetos que deben tomarse en cuenta, debido a que estos impactan en las decisiones institucionales y pueden afectar o ser afectados directamente por estas, pero en el Marco Orientador de la Universidad no se visualiza a los sujetos de derecho privado que sean custodios o administradores de fondos públicos otorgados por la institución y los fiduciarios encargados de administrar fideicomisos, mismos que en algún momento pueden tener relación con la Universidad y existir la necesidad de incluirlos en el proceso de valoración institucional; máxime cuando este Marco es la base para la valoración de riesgos institucionales y no es sujeto a constante actualización.

¹ Aprobado por el Consejo Universitario, mediante Acuerdo 08-02-2016 de la Sesión Ordinaria No.02-2016, del 28 de enero del 2016.

² Publicadas en el Diario Oficial La Gaceta No. 134 del 12 de julio de 2005.

Por otro lado, el proceso de valoración de riesgos no es realizado por la totalidad de las dependencias y áreas que conforman la Universidad como lo dispone el Marco Orientador aprobado por el Consejo Universitario: *“Todas las instancias de la Universidad, realizarán el proceso de valoración de riesgos según la normativa vigente y procurando la participación activa de la mayor cantidad de funcionarios.”*, además del periodo junio 2018-junio 2019 al periodo junio 2019-junio 2020 no se evidencia un incremento de las instancias que realizan el proceso.

En cuanto a valoración de riesgos se determina de una muestra de cinco dependencias, cuatro solo administran un riesgo a pesar de su importancia orgánica y decisoria, no se visualizan riesgos de acuerdo su marco jurídico y naturaleza de sus labores fundamentales, de sus áreas de gestión y/o relacionadas con las metas establecidas en el Plan Institucional de Desarrollo Estratégico (PIDE); de las cinco instancias, cuatro presentan Medidas de Administración Sugeridas (MAS) con varios periodos de haber sido planteadas y aún no han sido finalizadas o realizaron cierre técnico de sus actividades.

Además, al realizar el cálculo de la severidad de una muestra de dependencias o áreas el 56% presentan diferencias, ya que de acuerdo al mapa de riesgos estratégicos³ la severidad del riesgo residual de estas instancias es extrema y de acuerdo a la combinación de la probabilidad y magnitud el nivel de riesgo es alto.

Se determina que el Instructivo de uso del Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI) en el apartado de “Evaluación”, carece de pautas sobre las acciones que puede hacer el usuario del SIRI en cuanto a agregar actividades y MAS, de acuerdo a la aplicación del criterio experto del titular subordinado, quién puede determinar nuevas actividades de la MAS que se encuentra en evaluación, o agregar una MAS.

Al realizar el procedimiento del cálculo de la severidad se determinan situaciones relacionadas con las “Evaluaciones de Severidad con Medidas de Administración Sugeridas”, principalmente entre la fecha de evaluación de la MAS con la fecha de ingreso al SIRI de actividades o MAS

³ Se encuentra en el Informe de Riesgos Institucionales Ciclo SEVRI junio 2019 – junio 2020.

agregadas posteriormente, o bien, por el aumento de la severidad del riesgo, sin que se agreguen actividades o MAS para administrar el riesgo.

Asimismo, se realiza la comprobación de la existencia de evidencias sobre el cumplimiento de las actividades de las MAS, esto para una muestra de instancias que registraban la finalización de las MAS con sus respectivas actividades y se determina que existe ausencia o evidencia insuficiente del cumplimiento las actividades de las MAS, adicional en la normativa interna no se hace referencia al medio de almacenamiento para la documentación del cumplimiento o invalidación de las actividades de las MAS y el procedimiento que se debe seguir para invalidar las actividades o MAS de los riesgos.

¿Qué sigue?

Se recomienda a la Directora de Planificación Universitaria actualizar el Marco Orientador en lo referente a: complementar los sujetos interesados del Marco Orientador de acuerdo a lo indicado en las Directrices de la CGR; incluir acciones relacionadas con la identificación de todas las dependencias o áreas de la Universidad y la programación del ingreso paulatino de estas al proceso de valoración de riesgos; así como, acciones que complementen el proceso de avance y evolución programado del SEVRI para vincularlos con la estructura orgánica actualizada y la formulación y evaluación de los planes estratégicos; además de incorporar en la normativa interna lo referente al medio de almacenamiento para la documentación del cumplimiento o invalidación de las actividades de las MAS y el procedimiento de la invalidación de las actividades o MAS de los riesgos.

Se recomienda implementar la evaluación periódica de las acciones definidas en el apartado 2.2 de la Estrategia del Marco Orientador e implementar controles que validen que la información de los Informes Institucionales de Riesgos, corresponda al riesgo residual registrado por las dependencias.

Igualmente, se recomienda que se complemente el apartado 3. Evaluación del Instructivo de uso del SIRI en cuanto a la posibilidad de plantear nuevas actividades o MAS de ser necesario cuando se realiza el seguimiento de los riesgos.

Se recomienda solicitar a las áreas o dependencias la recopilación de las evidencias y/o justificaciones de las razones por las cuales se dan por aplicadas las actividades de las MAS, sin contar con la totalidad de las evidencias o su ejecución efectiva. Además, de solicitar la actualización de los nombres de los funcionarios que fungen como enlaces encargados de apoyar el proceso de SEVRI en la Administración Universitaria y los titulares subordinados en las Sedes Universitarias y su posterior actualización en el SIRI.

INFORME DE AUDITORÍA AU-01-2020
SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL

Referencia:

Informe de Auditoría AU-01-2020⁴, remitido mediante la carta⁵ AU-114-2020 del 17 de marzo de 2020.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Origen del estudio

El presente estudio se realiza en cumplimiento al Plan de Trabajo 2019, el cual, corresponde a una auditoría de carácter especial sobre el Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), atendiendo la administración como área de gestión y los procesos de gestión del eje de gestión o dimensión estratégica, establecidos en el Plan Institucional de Desarrollo Estratégico (PIDE) de la Universidad Técnica Nacional (UTN) 2018-2021⁶.

1.2. Objetivo General

- a. Verificar la aplicación del Marco Orientador del SEVRI aprobado por el Consejo Universitario.
- b. Verificar si las dependencias universitarias se ubican en un nivel de riesgo aceptable del SEVRI, a través del establecimiento de actividades de control, conforme con las normas legales y técnicas.

⁴ AudiNet AA-AE-001-2019.

⁵ Se remite mediante carta AU-115-2020 del 17 de marzo de 2020 para conocimiento del Rector y Presidente del Consejo Universitario.

⁶ Universidad Técnica Nacional. *Plan Institucional de Desarrollo Estratégico*. Noviembre 2017. Conforme con la Transcripción de Acuerdo 222-2017 del 12 de diciembre de 2017, se informa que el Consejo Universitario mediante acuerdo 6-23-2017 de la Sesión Ordinaria 23-2017, celebrada el 30 de noviembre de 2017, aprueba el PIDE de la UTN, revisado y actualizado para el periodo 2018-2021.

1.3. Alcance del estudio

El estudio cubrió las actividades llevadas a cabo por la Dirección de Planificación Universitaria (DPU), específicamente en lo relativo al Sistema de Específico de Valoración Institucional del Riesgo, así mismo, el cumplimiento de la normativa en cuanto a los niveles de severidad, verificación y evidencia disponible del cumplimiento de las Medidas de Administración Sugeridas (MAS).

La revisión comprendió el Informe de Riesgos Estratégicos Institucional Ciclo SEVRI junio 2018 – junio 2019 y el Informe de Riesgos Institucionales Ciclo SEVRI junio 2019 – junio 2020, emitidos por la DPU, ampliándose en aquellos casos que se consideró necesario.

1.4. Limitaciones

En la ejecución del procedimiento de auditoría para comprobar los niveles de severidad de una muestra de las dependencias, con el propósito de determinar si es conforme al Marco Orientador Sistema Específico de Valoración de Riesgo vigente de la UTN se presenta una limitante, ya que los reportes del Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI), solo reflejan la severidad y aceptabilidad del último periodo evaluado (junio 2019-junio 2020) y al solicitar la información que se utiliza para elaborar el Informe de Riesgos Estratégicos Institucional Ciclo SEVRI junio 2018-junio 2019, esta se encuentra procesada, por lo que no se tiene acceso a los datos originales que se descargaron del Sistema. Por tanto, solo se pueden comprobar los niveles de severidad del último periodo, es decir, junio 2019-junio 2020.

1.5. Marco referente y metodología aplicada

El Informe de Auditoría se realizó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, emitidas por la Contraloría General de la República de Costa Rica (CGR)⁷.

⁷ Publicadas en el Diario Oficial La Gaceta N. 184 del 25 de setiembre de 2014.

Adicionalmente, se consultaron la Ley General de Control Interno N. 8292⁸, las Normas de Control Interno para el Sector Público⁹, la normativa interna aplicable y la legislación vigente, que se detallan a continuación:

- Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), emitidas por la CGR.
- Marco Orientador Sistema Específico de Valoración de Riesgo, Universidad Técnica Nacional.
- Instructivo de uso del Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI)¹⁰, Universidad Técnica Nacional.
- Metodología SEVRI Ciclo Junio 2019 – Junio 2020, de marzo 2019, Universidad Técnica Nacional.

Para el desarrollo del presente estudio se utilizaron varias técnicas de auditoría y procedimientos de auditoría de carácter especial.

Se verifica que las dependencias o áreas de la Universidad que emanan la normativa interna y acuerdos de órganos colegiados, realicen la valoración de riesgos. Se comprueba que los niveles de severidad de una muestra de dependencias o áreas sean conforme a lo estipulado en el Marco Orientador de la Universidad. Se verifica que la identificación y administración de los riesgos de una muestra de dependencias o áreas se realice de acuerdo a la normativa, naturaleza de sus funciones y el PIDE. Se comprueba el cumplimiento de las MAS y justificaciones del cierre de actividades de las MAS por medio de la existencia de evidencias que lo documenten. Además, se realizan solicitudes de información, visitas para obtener documentación de respaldo y entrevistas, con el propósito de obtener un panorama amplio sobre el tema de valoración de riesgos.

⁸ Publicada en el Diario Oficial La Gaceta N.169 del 04 de setiembre de 2002.

⁹ Publicadas en el Diario Oficial La Gaceta N. 26 del 6 de febrero de 2009 (R-CO-9-2009).

¹⁰ Versión 1.3 de abril de 2018.

1.6. Generalidades acerca de la auditoría

La Ley General de Control Interno N. 8292 en el artículo 18 indica que las instituciones deben contar con un sistema específico de valoración de riesgos con el fin de identificar el nivel de riesgo institucional, además que la CGR es la encargada de dictar la normativa para su establecimiento y funcionamiento, por lo que emite las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI). A continuación, se presenta la transcripción de algunos puntos importantes de las Directrices como lo son el concepto de SEVRI, su objetivo (importancia), los productos, ambiente de apoyo y el régimen sancionatorio:

2.2. Concepto del SEVRI. Se entenderá como Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional al conjunto organizado de componentes de la Institución que interaccionan para la identificación, análisis, evaluación, administración, revisión, documentación y comunicación de los riesgos institucionales relevantes...

2.3. Objetivo del SEVRI. El SEVRI deberá producir información que apoye la toma de decisiones orientada a ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable y así promover, de manera razonable, el logro de los objetivos institucionales.

2.4. Productos del SEVRI. El SEVRI deberá constituirse en un instrumento que apoye de forma continua los procesos institucionales. En este sentido, se deberá generar a través del SEVRI:

a) Información actualizada sobre los riesgos institucionales relevantes asociados al logro de los objetivos y metas, definidos tanto en los planes anuales operativos, de mediano y de largo plazos, y el comportamiento del nivel de riesgo institucional.

b) Medidas para la administración de riesgos adoptadas para ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable.

3.3. Ambiente de apoyo. En cada institución deberá existir una estructura organizacional que apoye la operación del SEVRI, así como promoverse una cultura favorable al efecto. Para lo anterior, se deberá promover al menos:

a) Conciencia en los funcionarios de la importancia de la valoración del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

b) Uniformidad en el concepto de riesgo en los funcionarios de la institución.

c) Actitud proactiva que permita establecer y tomar acciones anticipando las consecuencias que eventualmente puedan afectar el cumplimiento de los objetivos.

d) Responsabilidades definidas claramente en relación con el SEVRI para los funcionarios de los diferentes niveles de la estructura organizacional.

e) Mecanismos de coordinación y comunicación entre los funcionarios y las unidades internas para la debida operación del SEVRI.

5.1. **Régimen sancionatorio.** El jerarca, los titulares subordinados y los demás funcionarios públicos que debiliten con sus acciones el SEVRI u omitan las actuaciones necesarias para establecerlo, mantenerlo, perfeccionarlo y evaluarlo, según esta normativa técnica, estarán sujetos al régimen sancionatorio establecido en el artículo 39 de la Ley General de Control Interno. (El estilo negrita corresponde al texto original)

En la Universidad el órgano asesor encargado de dirigir y coordinar a nivel institucional el proceso de valoración de riesgos es la DPU por medio del Área de Control Interno, en el Marco Orientador se indican los siguientes roles para la Dirección y el Área:

Dirección de Planificación Universitaria

- Dirigir el proceso de implementación del SEVRI de la UTN de conformidad con la normativa técnica aplicable, los acuerdos y directrices emitidos por la Contraloría General de la República, el Consejo Universitario y la Rectoría.
- Elevar la normativa interna, informes y estudios del SEVRI ante el Consejo Universitario y la Rectoría para su aprobación.
- Asesorar a las autoridades institucionales en los procesos decisorios en materia de gestión de riesgo.
- Determinar periódicamente los lineamientos metodológicos de operación del SEVRI.
- Analizar e implementar las recomendaciones de la Auditoría Interna.

Área de Control Interno

- Diseñar la normativa sobre el funcionamiento, administración y gestión del SEVRI para aprobación de la Dirección de Planificación Universitaria.
- Desarrollar las metodologías para la operación del SEVRI.
- Orientar y asesorar técnicamente a las dependencias y áreas en el proceso de implementación del SEVRI de conformidad con los lineamientos emitidos por la Dirección de Planificación Universitaria.
- Elaborar propuestas relacionadas con los riesgos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos.
- Comunicar a los sujetos interesados el estado del SEVRI y las medidas de administración tomadas en la Institución.
- Velar por la correcta operación del SEVRI a nivel Institucional.
- Analizar e implementar las recomendaciones de la Auditoría Interna. (El estilo negrita corresponde al texto original)

Anualmente se elabora la metodología del SEVRI la cual es una guía de las acciones para ejecutar el proceso de valoración de riesgos de la Universidad. Además, se cuenta con el SIRI, el cual permite realizar consultas y el ingreso de información correspondiente a la identificación y seguimiento del cumplimiento de los riesgos, de las MAS y sus respectivas actividades.

1.7. Comunicación preliminar del resultado del estudio

El 06 de marzo de 2020 en la oficina de la Auditoría Universitaria, se presentaron verbalmente los resultados del Informe de Auditoría a la Licenciada Lorena Salazar Escamilla, Directora de Planificación Universitaria, Licenciado Alexander Rodríguez Quesada, Asistente Profesional de Control Interno, Máster Alonso Salinas Morales, Asistente Profesional de Control Interno, Licenciado José Pablo Jiménez Otárola, Asistente Profesional de Control Interno. Además, en forma previa a la conferencia y por medio de la carta AU-080-2020 del 25 de febrero de 2020, se entregó una copia del Borrador de Informe a la Dirección de Planificación, con el fin que se analice y realice las observaciones pertinentes.

La Directora de Planificación Universitaria presentó sus observaciones mediante el documento de Propuesta de Responsables y Plazos para la Implementación de Recomendaciones entregada el día de la conferencia, con fecha del 06 de marzo de 2020 y firmada por la Directora. El análisis de dichas observaciones consta en el anexo de este Informe.

2. RESULTADOS

De la revisión efectuada al SEVRI, se obtuvieron los siguientes resultados:

2.1 Vinculación del Marco Orientador con las Directrices de la CGR relativas al SEVRI

Las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), establecen los sujetos interesados que al menos se deben tomar en cuenta en el Marco Orientador, por lo que se transcribe el punto 3.5 de dicha normativa:

3.5. Sujetos interesados. Los sujetos interesados deberán ser contemplados en el diseño, ejecución, evaluación y seguimiento de las actividades del SEVRI.

Dentro de estas consideraciones, la institución deberá tomar en cuenta los objetivos y percepciones de estos sujetos en el diseño del SEVRI. También deberá valorar la participación de estos sujetos de forma directa en el establecimiento, funcionamiento, evaluación y perfeccionamiento del SEVRI.

Para estos efectos, cada institución podrá realizar consultas de oficio a estos grupos o, bien, considerará la incorporación de opiniones o sugerencias que éstos le hagan llegar.

Los sujetos interesados pueden ser internos o externos a la institución, y dentro de éstos, deberán incluirse al menos los siguientes grupos:

- a) población objetivo de la institución,
- b) funcionarios de la institución, y
- c) sujetos de derecho privado que sean custodios o administradores de fondos públicos otorgados por la institución,
- d) fiduciarios encargados de administrar fideicomisos constituidos con fondos públicos.

Los sujetos que forman parte de c) y d) deberán, al menos:

- a) Brindar de forma periódica la información que requiera la institución que otorga los fondos o la que actúe como fideicomitente, para determinar los riesgos asociados a dichos recursos.
- b) Estar anuentes a establecer las medidas para la administración de riesgos en relación con los recursos que recibe, según lo defina la institución que otorga los fondos o la que actúe como fideicomitente. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

Al realizar un análisis del Marco Orientador de la UTN, se determina que en este no se visualizan los sujetos de derecho privado que sean custodios o administradores de fondos públicos otorgados por la institución y los fiduciarios encargados de administrar fideicomisos.

La importancia de contemplar desde el diseño de dicho Marco Orientador a los sujetos interesados radica en que estos impactan en las decisiones institucionales, ya que pueden afectar o ser afectados directamente por estas. Además en cualquier momento como ha sucedido anteriormente, la Universidad puede tener relación con alguno de estos sujetos interesados, tal es el caso del Fideicomiso UTN-BNCR 486 que hasta diciembre de 2016 el Consejo Universitario toma el acuerdo¹¹ de finiquitarlo, a la fecha también se han tomado acuerdos para la creación de la Fundación para la Investigación y Desarrollo Académico de la Universidad Técnica Nacional¹² y en el PIDE se encuentra el establecimiento de la figura jurídica de las primeras empresas universitarias¹³, marcando un precedente de su creación y utilización para el desarrollo de actividades de la Universidad.

Asimismo, se debe considerar que el Marco Orientador es un documento que no ha sido sujeto a constante actualización, ya que se encuentra vigente desde el 2016, de ahí la importancia de que

¹¹ Acuerdo 19-25-2016 de la Sesión Ordinaria No. 25-2016 celebrada el 15 de diciembre de 2016.

¹² Acuerdo 8-21-2017 de la Sesión Ordinaria No. 21-2017 celebrada el 02 de noviembre de 2017. Acuerdo 5-22-2017 de la Sesión Ordinaria No. 22-2017 celebrada el 16 de noviembre de 2017.

¹³ Prioridades Institucionales de la gestión y desarrollo institucional que se encuentran en el PIDE, Actualización 2018-2021.

todos los posibles sujetos estén identificados para ser tomados en cuenta, de acuerdo a que lo establecen las Directrices de la CGR.

2.2 Dependencias que realizan la valoración de riesgos institucionales

El artículo 18 de la Ley General de Control Interno N. 8292 indica: “...*Todo ente u órgano deberá contar con un sistema específico de valoración del riesgo institucional por áreas, sectores, actividades o tarea que, de conformidad con sus particularidades, permita identificar el nivel de riesgo institucional...*”

Los Lineamientos sobre el funcionamiento general del SEVRI que se encuentran en la Política del SEVRI del Marco Orientador indica: “...*Todas las instancias de la Universidad, realizarán el proceso de valoración de riesgos según la normativa vigente y procurando la participación activa de la mayor cantidad de funcionarios...*”

Al realizar una revisión de las instancias universitarias de acuerdo a la normativa interna, acuerdos tomados por la Comisión de Conformación y Consejo Universitario se identifican más dependencias y áreas universitarias de las que realizan el proceso de valoración de riesgos, por lo que el proceso no abarca la totalidad de las instancias que conforman la Universidad según lo dispone el Marco Orientador aprobado por el Consejo Universitario. Como parte de esta condición existen situaciones como las que se muestran a continuación:

- a. Del período junio 2018-junio 2019 al período junio 2019-junio 2020 no se evidencia un incremento en la cantidad de participantes en el proceso de valoración de riesgos estratégicos, incluso en ambos períodos las instancias participantes son las mismas.
- b. En el Informe de riesgos de la Universidad del ciclo junio 2019-junio 2020 se presenta la información de los riesgos operativos para las Áreas de Contratación Administrativa, Logística y Almacenamiento y Distribución de la Dirección de Proveeduría Institucional como parte del cumplimiento del informe¹⁴ emitido por la CGR.

¹⁴ Disposición 4.6. del Informe Auditoría de Carácter Especial sobre el Proceso de Adquisición de Bienes, Servicios y Proyectos que realiza la Universidad Técnica Nacional (UTN) No. DFOE-SOC-IF-00009-2018.

- c. A nivel de estructura orgánica se determina que existen Vicerrectorías, Direcciones y Centros, que no todas sus áreas de gestión participan en el proceso de valoración de riesgos y existen casos que ninguna de sus áreas lo realizan.
- d. Se determina que en las Vicerrectorías al menos un área de gestión participa dentro del proceso de valoración de riesgos, a excepción de la Vicerrectoría de Vida Estudiantil donde ninguna de sus áreas es participante.
- e. Si bien a nivel de Sedes Universitarias se observa la participación activa de los Decanatos, no se evidencia la participación de los Consejos de Sede dentro del proceso.

El punto 3.2 de las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), establece: “...*La estrategia del SEVRI deberá especificar las acciones necesarias para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el SEVRI y los responsables de su ejecución...*”

Aunado a lo anterior en el Marco Orientador de la Universidad indica lo siguiente en el apartado 2.2 Mantener de la Estrategia del SEVRI:

... Además, existe un proceso de avance y evolución programada del sistema para lograr su maduración, el mismo se compone de dos etapas.

Primera etapa: es responsabilidad del ACI cimentar el Sistema de Valoración de Riesgo Institucional...

Segunda etapa: integra la valoración de riesgo con la formulación y evaluación de los planes estratégicos, operativos, además con procesos, procedimientos, actividades rutinarias y tareas...

En el Marco Orientador en el inciso a. Lineamientos sobre el funcionamiento general del SEVRI del numeral 2.2 de la Política del SEVRI se hace referencia que todas las dependencias o áreas de la Universidad deben realizar el proceso de valoración de riesgos, sin embargo, en el numeral 2.2. Mantener de la Estrategia del SEVRI, en las acciones establecidas para la maduración del sistema no se visualiza la identificación de todas las dependencias o áreas de la Universidad, ni la programación paulatina para la inclusión de las que no participan en el proceso de gestión de riesgos.

Si bien se cumple con el artículo 18 de la Ley General de Control Interno N. 8292, y el numeral 2.1 de las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico

de Valoración del Riesgo Institucional, en el sentido de contar con un Sistema de Valoración del Riesgo Institucional, dicho sistema en la Universidad cuenta con la participación de 70 dependencias o áreas, las cuales no abarcan la totalidad que conforman la institución.

El jerarca y titulares subordinados mantienen participación en el proceso, sin embargo, no se evidencia que de un período a otro (junio 2018-junio 2019 y junio 2019-junio 2020), haya incrementado la participación de dependencias o áreas en la valoración de riesgos estratégicos, a fin lograr evolución, maduración del mismo y dar cumplimiento a lo establecido en el Marco Orientador.

2.3 Identificación y administración de los riesgos

En la revisión realizada a la primera y cuarta etapa del procedimiento de valoración de riesgos del Marco Orientador, que definen la determinación y descripción (identificación) de los riesgos institucionales, así como la administración para la selección y ejecución de las medidas para disminuir el nivel de riesgo, se determina que:

2.3.1 Identificación

En la valoración de riesgos de las siguientes dependencias no se visualizan riesgos identificados de acuerdo al marco jurídico y naturaleza de sus labores fundamentales, de sus áreas de gestión y/o relacionadas con los ejes, objetivos y metas establecidas en el PIDE. Además, solo la Vicerrectoría de Vida Estudiantil cuenta con dos riesgos identificados, por lo que las demás se encuentran administrando una cantidad menor, es decir, un solo riesgo a pesar de su importancia orgánica y decisoria, situación que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1 Valoración de riesgos

Dependencia	Riesgo	MAS	Observación
Consejo Universitario	AU - CU - 1 - 2016 - 69 - Carencia de fundamento legal en los actos emitidos por el jerarca	I-2016 Proceso de actualización de los libros de actas	El área que participa en la valoración de riesgos es la Secretaría del Consejo Universitario y solo tiene identificado un riesgo relacionado con la

Dependencia	Riesgo	MAS	Observación
			actualización de los libros de actas, lo cual fundamenta la legalidad de sus actos, pero no se visualizan riesgos asociados a los actos del Consejo Universitario y la Presidencia del órgano colegiado.
Rectoría	AU - R - 1 - 2017 - 117 - Falta de seguimiento a las solicitudes de dictámenes o pronunciamientos que la Rectoría gestiona ante la Dirección de Asuntos Jurídicos (sic)	I- 2017 Desarrollar una herramienta que permita controlar los dictámenes o pronunciamientos solicitados por la Rectoría	A pesar que existe una meta general relacionada con implementar el Sistema de Información Universitaria, no se identifican riesgos relacionado con este proceso por parte de la Rectoría.
Vicerrectoría de Docencia	AU - VDOC - 1 - 2019 - 164 - Marco normativo desactualizado	I-2019 Actualización de normativa específica para regular la relación laboral entre docentes-académicos y la Universidad y otros	En el PIDE la Rectoría establece una serie de prioridades para hacer atendidas, se determina que la prioridad 5 sobre " <i>Lograr una adecuada organización y funcionamiento pleno de los órganos de gestión académica...</i> ", queda sin reflejarse de forma clara en las metas generales y tampoco se visualiza un riesgo sobre ese tema.
Vicerrectoría de Vida Estudiantil	AU - VVE - 1 - 2016 - 89 - Insuficiente normativa que regule el funcionamiento de los grupos oficiales del área Cultural y Deportiva	I-2013 Generar un Reglamento en el que se regule la conformación y el funcionamiento de las promotorias (sic) y de los Grupos Culturales y Deportivos oficiales de la Universidad y de las Sedes. I-2019 Desarrollar un procedimiento para los grupos oficiales de	En el PIDE la Rectoría establece una serie de prioridades para hacer atendidas, se determina que la prioridad 3 sobre " <i>Formular e implementar un nuevo y vigoroso proyecto de residencias estudiantiles en las sedes regionales...</i> ", queda sin reflejarse de forma clara en las metas generales y tampoco se visualiza un riesgo sobre ese tema, además no se contempla algún riesgo que se relacione de forma directa con la dirección y administración de la Vicerrectoría.

Dependencia	Riesgo	MAS	Observación
		cultura y deporte de la UTN.	
	AU - VVE - 1 - 2018 - 142 - Desconocimiento de la condición de vulnerabilidad psicosocial y académica de población estudiantil de nuevo ingreso	I-2018 Desarrollar acciones que permitan la declaratoria del cuestionario de riesgo psicosocial de deserción estudiantil como interés institucional	
Sede Guanacaste - Decanato	SG - DEC - 1 - 2016 - 33 - Aumento de la deserción estudiantil por factores económicos	I-2016 Desarrollar un plan de acción con los Gobiernos Locales para beneficiar económicamente a los estudiantes de bajos recursos.	Se determina que a pesar que existe una meta general en el PIDE relacionada con el diseño de nuevas carreras, no se identifican riesgos relacionados con este proceso, por parte del Decanato.

Fuente: Elaborada por la Auditoría Universitaria con base al Informe de Riesgos Institucionales, Ciclo SEVRI junio 2019 – junio 2020.

2.3.2 Administración

Las dependencias que se muestran en la siguiente tabla tienen MAS con varios periodos de haber sido planteadas y aún no han sido finalizadas o se le hizo cierre técnico a alguna de sus actividades:

Tabla 2 Periodo de MAS

Dependencia	Riesgo	MAS	Observación
Consejo Universitario	AU - CU - 1 - 2016 - 69 - Carencia de fundamento legal en los actos emitidos por el Jerarca	I-2016 Proceso de actualización de los libros de actas	MAS sin finalizar
Rectoría	AU - R - 1 - 2017 - 117 - Falta de seguimiento a las solicitudes de dictámenes o pronunciamientos que	I- 2017 Desarrollar una herramienta que permita controlar los dictámenes o pronunciamientos	MAS sin finalizar

Dependencia	Riesgo	MAS	Observación
	la Rectoría gestiona ante la Dirección de Asuntos Jurídicos (sic)	solicitados por la Rectoría	
Vicerrectoría de Vida Estudiantil	AU - VVE - 1 - 2016 - 89 - Insuficiente normativa que regule el funcionamiento de los grupos oficiales del área Cultural y Deportiva	I-2013 Generar un Reglamento en el que se regule la conformación y el funcionamiento de las promotorias (sic) y de los Grupos Culturales y Deportivos oficiales de la Universidad y de las Sedes.	Se aplica cierre técnico indicando lo siguiente "...para divulgar el Reglamento (actividad número 3), éste tiene que cumplir con lo establecido en el procedimiento diseñado para este fin y normalmente conlleva un tiempo considerable."
Guanacaste - Decanato	SG - DEC - 1 - 2016 - 33 - Aumento de la deserción estudiantil por factores económicos	I-2016 Desarrollar un plan de acción con los Gobiernos Locales para beneficiar económicamente a los estudiantes de bajos recursos.	MAS sin finalizar

Fuente: Elaborada por la Auditoría Universitaria con base al Informe de Riesgos Estratégicos Institucionales, Ciclo SEVRI junio 2018 – junio 2019 y el Informe de Riesgos Institucionales, Ciclo SEVRI junio 2019 – junio 2020.

Respecto a las situaciones mencionadas, los artículos 2 y 14 de la Ley General de Control Interno N. 8292 establecen lo siguiente sobre el SEVRI:

Artículo 2º-Definiciones.

a) **Administración activa:** desde el punto de vista funcional, es la función decisoria, ejecutiva, resolutoria, directiva u operativa de la Administración. Desde el punto de vista orgánico es el conjunto de órganos y entes de la función administrativa, que deciden y ejecutan; incluyen al jerarca, como última instancia.

Artículo 14.-**Valoración del riesgo.** En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos.

b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos.

c) Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable.

d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

Además en los numerales 1. Compromiso del jerarca para la implementación del SEVRI, 2.1 Objetivos y 2.2 Lineamientos que se encuentran en el apartado de Compromiso del SEVRI y 2.1.4 Sujetos interesados, 2.2 Mantener de la Estrategia del SEVRI y 3.1.1 Identificación de riesgos de la Normativa interna del SEVRI del Marco Orientador, se desprende el compromiso que debe existir por parte del jerarca y los titulares subordinados sobre el desarrollo del sistema de valoración de riesgos, además del objetivo y sus productos que son insumos para la toma de decisiones:

1. Compromiso del jerarca para la implementación del SEVRI

...El jerarca y los titulares deben garantizar una serie de condiciones mínimas para un adecuado desarrollo de la valoración del riesgo en la Universidad Técnica Nacional, las cuales son:

- Compromiso permanente, explícito y formal para la implementación y desarrollo del proceso de mejoramiento continuo del sistema...

2.1 Objetivos

Objetivo General

Situar a la Universidad en un nivel de riesgo aceptable, mediante la generación de información sistemática sobre la valoración de riesgos, que apoye la toma de decisiones para el logro de los objetivos institucionales.

Objetivos específicos

- Generar una cultura institucional de valoración de riesgo, integrada a los procesos de planificación y gestión institucional.

- Consolidar un sistema de gestión de riesgos, que permita ubicar y mantener a la Universidad Técnica Nacional en un nivel de riesgo aceptable.

- Desarrollar una metodología de valoración de riesgos que permita identificar, analizar, evaluar, administrar y revisar los eventos en los procesos, tareas o planes de trabajo de la organización.

- Orientar la toma de decisiones ante los cambios en el entorno de acuerdo al nivel de prioridad del riesgo, por medio de la aplicación de medidas de administración, con el fin de coadyuvar en el cumplimiento de los objetivos.

- Establecer mecanismos de revisión constante de los niveles de riesgo y cumplimiento de las medidas, los cuales se mantengan debidamente documentados y comunicados a los interesados.

2.2 Lineamientos

...a. Lineamientos sobre el funcionamiento general del SEVRI

Seguidamente se declaran una serie de enunciados que marcan los aspectos a considerar en la operación del Sistema de Valoración de Riesgo,

asimismo se establecen una serie de responsabilidades sobre la gestión de riesgos para la UTN.

- La implementación de la valoración de riesgos en la Universidad Técnica Nacional, es responsabilidad del Consejo Universitario, los titulares subordinados y la administración activa.

- El Consejo Universitario designa a la Dirección de Planificación Universitaria y ésta al Área de Control Interno, como responsable de guiar las iniciativas en el funcionamiento del Sistema, de acuerdo a lo establecido en el presente Marco Orientador del SEVRI...

- Las siete etapas del proceso de valoración del riesgo se realizarán siguiendo la metodología establecida por la Dirección de Planificación Universitaria por medio del Área de Control Interno, la cual velará por el acatamiento con el propósito de fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional.

2.1.4. Sujetos interesados:

...Sujetos interesados internos...

Sujetos interesados	Rol
Dirección de Planificación Universitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Direccionar el proceso de implementación del SEVRI de la UTN de conformidad con la normativa técnica aplicable, los acuerdos y directrices emitidos por la Contraloría General de la República, el Consejo Universitario y la Rectoría... • <u>Asesorar a las autoridades institucionales en los procesos decisorios en materia de gestión de riesgo...</u>
Área de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar la normativa sobre el funcionamiento, administración y gestión del SEVRI para aprobación de la Dirección de Planificación Universitaria. • Desarrollar las metodologías para la operación del SEVRI. • <u>Orientar y asesorar técnicamente a las dependencias y áreas en el proceso de implementación del SEVRI de conformidad con los lineamientos emitidos por la Dirección de Planificación Universitaria.</u> • Elaborar propuestas relacionadas con los riesgos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos. • Comunicar a los sujetos interesados el estado del SEVRI y las medidas de administración tomadas en la Institución. • <u>Velar por la correcta operación del SEVRI a nivel Institucional...</u>

2.2 Mantener

El sistema funcionará en ciclos anuales por medio de metodologías para orientar las acciones de valoración de riesgos, las cuales se establecen por la Dirección de Planificación Universitaria (DPU), a través del Área de Control Interno (ACI).

El proceso de revisión y seguimiento de los riesgos y medidas podrán realizarse durante el ciclo anual, para determinar el avance de las acciones de administración de los eventos planteados, así como su severidad.

El mantenimiento se hace al incorporar las recomendaciones derivadas de la evaluación del sistema, la cual puede reflejarse en ajustes por las posibles desviaciones detectadas, al ejecutar la valoración de riesgo o por situaciones particulares que la experiencia genera.

Además, existe un proceso de avance y evolución programada del sistema para lograr su maduración, el mismo se compone de dos etapas.

Primera etapa: es responsabilidad del ACI cimentar el Sistema de Valoración de Riesgo Institucional, ejecutando las acciones...

Segunda etapa: integra la valoración de riesgo con la formulación y evaluación de los planes estratégicos, operativos, además con procesos, procedimientos, actividades rutinarias y tareas; en tres vías:

- Identificar los riesgos ligados a los objetivos de los planes, proyectos, procesos, y tareas que se registren en las acciones de las unidades de trabajo reportadas al Área de Planeamiento y Programación.

- Registrar las medidas de administración de los riesgos en el sistema informático para la asignación de recursos presupuestarios, en caso de requerirse recursos adicionales, se deben solicitar de acuerdo a la normativa establecida.

- Establecer controles y revisiones al sistema de manera coordinada con otras áreas de la Dirección de Planificación y el área de Presupuesto.

3.1.1 Identificación de riesgos

Consiste en determinar y describir aquellos eventos que pueden afectar significativamente el cumplimiento de los objetivos y metas de las dependencias y áreas, para conocimiento y gestión de los principales riesgos...(El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita y cursiva si son parte del texto original)

Además en el punto 1. Riesgos Estratégicos del apartado Esquema de Procedimiento de la Metodología SEVRI Ciclo Junio 2019 – Junio 2020, de marzo 2019, se establece lo siguiente:

...1. Riesgos Estratégicos

El procedimiento que realizarán las instancias se llevará a cabo de acuerdo a la siguiente descripción, esto se combina con las siete etapas de valoración de riesgo y permiten el registro de forma digital.

A continuación, se describe cada una:

1.1. Análisis y revisión de la información

En una primera etapa de revisión, los funcionarios del Área de Control Interno (ACI), analizarán los riesgos de las instancias para conocer las condiciones de estos y de las medidas ingresadas en el Sistema, procurando una orientación sobre la necesidad de plantear nuevos riesgos y/o medidas de administración, lo cual permitiría el cumplimiento de sus objetivos.

Para este proceso, el área creó una herramienta (Anexo No. 1) que permite la identificación de posibles eventos y sus correspondientes medidas, la cual

permite una revisión de la información más expedita y permitirá realizar recomendaciones previo (sic) al ingreso de la información en la plataforma del SIRI.

Para el desarrollo de este proceso de valoración de riesgos, es importante considerar los siguientes lineamientos:

- Todas las instancias deben tener riesgos por administrar.
- Todos los riesgos no aceptables deben tener al menos una medida de administración sugerida (MAS) en ejecución.
- Todas las medidas de administración sugeridas en ejecución deben contar con dos o más actividades que la constituyan.
- Los periodos de ejecución de las medidas de administración sugeridas y sus actividades deben ser razonables para la pronta gestión del riesgo.

Cabe señalar que la observancia de los criterios anteriormente indicados, son responsabilidad del titular y el personal de la instancia, el papel del ACI es de acompañamiento y colaboración.

En los casos que la dependencia o área controle sus riesgos o culmine sus medidas de administración sugeridas (MAS), el equipo de trabajo de la instancia deberá identificar eventos nuevos o aportar nuevas medidas de administración sugeridas (ante riesgos no aceptables).

Esto permite que se cumplan las etapas de valoración del riesgo: identificación, análisis, evaluación y administración, las mismas se especifican en el punto 3.1 del Marco Orientador. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

De la cita anterior, se desprende la importancia de determinar el riesgo relacionado con los planes, objetivos y metas de las áreas o dependencias, definido como la naturaleza del trabajo. Cabe destacar, que todo quehacer de un área o dependencia de la Administración Pública está asociado con el principio de legalidad que autoriza y faculta su trabajo. Por tanto, para efectos del presente estudio se indica que la valoración de riesgos del área o dependencia pública, debe estar relacionado con el marco jurídico y naturaleza del trabajo que ahí se realiza.

Si bien se cumple por parte de las dependencias mencionadas la normativa relacionada a la valoración de riesgos (al identificar, analizar, evaluar, administrar y revisar sus riesgos), debe existir un compromiso mayor de parte de las instancias participantes y un acompañamiento estricto por parte de la DPU, esto para identificar y administrar los riesgos relevantes vinculados al marco jurídico y naturaleza de sus labores, de las áreas de gestión y relacionados con los objetivos y metas establecidas en el PIDE, esto para que el proceso de valoración de riesgos de la Universidad adquiera mayor madurez y vigilancia en el avance de las prioridades institucionales, por medio de acciones concretas que complementen lo que se indica en el apartado 2.2. Mantener de la Estrategia del SEVRI.

En el Marco Orientador que rige a partir del 2016 existe el procedimiento de cómo se debe realizar el proceso y el acompañamiento, no obstante, al analizar los riesgos planteados y los resultados consignados en la Tabla 1 no se plasma el compromiso que se encuentra en la normativa transcrita, ya que esta debe darse desde la evaluación y búsqueda de un perfeccionamiento continuo y participativo del proceso.

Las situaciones mencionadas afectan el fin primordial de la valoración de riesgos, el cual es ubicar a la Universidad en un nivel de riesgo aceptable, ya que al no identificar y administrar riesgos relevantes se socava la madurez del proceso de valoración de riesgos, afecta la contribución de sus resultados como un instrumento para apoyar la toma de decisiones y el logro de los objetivos institucionales; además que no se utiliza para ajustar las actividades de control conforme la priorización de los riesgos, considerando para ello, los que tiene mayor probabilidad de materialización e impacto en el logro de los objetivos y metas institucionales, por lo que para mejorar estas condiciones se deben ejecutar acciones para impulsar una cultura y conciencia más asidua hacia los riesgos.

2.4 Comprobación de los niveles de severidad de las dependencias

Al comprobar los niveles de severidad¹⁵ de una muestra de las dependencias¹⁶ se presentan diferencias en cinco dependencias, ya que en el Informe de Riesgos Institucionales Ciclo SEVRI junio 2019 – junio 2020 la severidad del riesgo residual es extrema y el cálculo¹⁷ realizado por la Auditoría Universitaria da como resultado severidad alta:

a. Dirección General de Administración Universitaria:

Riesgo: AU - DGAU - 1 - 2017 - 118 - Falta de normativa uniforme en el proceso constructivo y de mantenimiento de la UTN.

¹⁵ Se comprueban los niveles de severidad para junio 2019-junio2020, ya que el reporte "Ficha de riesgo" solo muestra la información de probabilidad y magnitud del último periodo.

¹⁶ 1) Programa de Innovación, 2) Dirección General de Administración Universitaria, 3) Dirección de Control de Bienes e Inventarios, 4) Dirección de Gestión Financiera, 5) Sede Atenas - Área de Gestión Administrativa, 6) Sede Atenas - Área de Extensión y Acción Social, 7) Sede Guanacaste - Área de Producción y Gestión Empresarial, 8) Sede San Carlos – Decanato, 9) Sede Pacífico - Área de Gestión Administrativa.

¹⁷ Se utiliza la probabilidad y magnitud del reporte "Ficha de riesgo".

b. Dirección de Gestión Financiera:

Riesgo: AU - DGF - 1 - 2016 – 58 - No contar con el sistema financiero AVATAR adaptado para la implementación de Normas Internacionales de Contabilidad en el Sector Público en el dos mil diecisiete.

Riesgo: AU - DGF - 1 - 2017 - 127 - Falta de información sensible en las áreas de la DGF.

c. Sede Atenas - Área de Gestión Administrativa:

Riesgo: SA - GA - 1 - 2016 - 40 - Inseguridad en la Sede Atenas.

d. Sede Pacífico - Área de Gestión Administrativa:

Riesgo: SP - GA - 1 - 2016 - 22 - Posibilidad de incendio del edificio central.

Riesgo: SP - GA - 1 - 2016 - 30 - Usurpación por precaristas a bienes inmuebles sin uso propiedad de la Sede.

e. Sede San Carlos - Decanato:

Riesgo: SSC - DEC - 1 - 2016 - 59 - Fallas en la coordinación y comunicación del proceso de formulación de la oferta académica.

Relacionado con esta situación las normas 4.4 y 4.4.1 de las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) establecen lo siguiente sobre la confiabilidad, oportunidad y documentación de la información:

4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad sobre el funcionamiento del SCI y sobre el desempeño institucional, así como que esa información se comunique con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas, así como los requisitos indicados en la norma 4.2...

4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la

confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

Los puntos 1. Glosario y 4.3. Análisis de riesgos de las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), establecen lo siguiente en cuanto al nivel de riesgo:

1. Glosario

1.1. Conceptos utilizados. Para los efectos de las presentes directrices, se aplicarán las siguientes definiciones:...

- **Análisis de riesgos.** Segunda actividad del proceso de valoración del riesgo que consiste en la determinación del nivel de riesgo a partir de la probabilidad y la consecuencia de los eventos identificados...

- **Magnitud.** Medida, cuantitativa o cualitativa, de la consecuencia de un riesgo...

- **Modificar riesgos.** Opción para administrar riesgos que consiste en afectar los factores de riesgo asociados a la probabilidad y/o la consecuencia de un evento, previo a que éste ocurra.

- **Nivel de riesgo.** Grado de exposición al riesgo que se determina a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del evento y de la magnitud de su consecuencia potencial sobre el cumplimiento de los objetivos fijados, permite establecer la importancia relativa del riesgo...

- **Probabilidad.** Medida o descripción de la posibilidad de ocurrencia de un evento...

4.3. Análisis de riesgos. Para los eventos identificados se deberá determinar:

- a) su posibilidad de ocurrencia,
- b) la magnitud de su eventual consecuencia,
- c) su nivel de riesgo,
- d) sus factores de riesgo, y
- e) las medidas para su administración.

El análisis de la consecuencia de los eventos identificados deberá considerar los posibles efectos negativos y positivos de dichos eventos.

El nivel de riesgo deberá obtenerse bajo dos escenarios básicos: sin medidas para la administración de riesgos y con aquellas existentes en la institución.

El análisis que se realice puede ser cuantitativo, cualitativo o una combinación de ambos. En cualquier caso, los beneficios del tipo de análisis que se utilice deberán ser mayores que sus costos de aplicación. (El estilo negrita corresponde al texto original)

Los Lineamientos de Riesgos Individuales de la Política del SEVRI, el Análisis de riesgos y el Mapa de calor nivel de severidad de la normativa interna del SEVRI, correspondientes al Marco

Orientador, establecen la severidad o nivel de los riesgos en la Universidad de la siguiente manera:

b.1 Lineamientos de riesgos Individuales

Los niveles de severidad serán aplicables a los riesgos individuales, a su vez, se determinan los criterios para establecer a nivel general la aceptabilidad del sistema institucional.

Identificado el riesgo prioritario y realizado su análisis al combinar la probabilidad y la magnitud del impacto a los objetivos, se ubica el evento en alguno de las cinco categorías posibles...

3.1.2 Análisis de riesgos

Es la segunda etapa de la valoración de riesgos, la cual busca determinar el nivel de los eventos producto de la combinación de los factores de probabilidad de ocurrencia y la magnitud de los posibles efectos relacionado al logro de los objetivos, estos factores estarán en el mapa de calor y en una escala cuantitativa y cualitativa. La determinación de los parámetros anteriormente señalados se efectúa con ayuda del criterio experto del titular subordinado.

Para ubicar el nivel final del evento, se analiza en dos escenarios, el primero es el riesgo absoluto y el otros (sic) es cuando se le aplica los controles existentes en el momento del análisis.

- **Riesgo absoluto:** es el riesgo sin aplicar ningún control, el mismo es inherente a las actividades que se realizan para alcanzar el objetivo.

- **Riesgo controlado:** valora si los controles existentes de la dependencia/área permite gestionar la magnitud y/o la probabilidad detectadas por medio de la evaluación del riesgo absoluto.

- **Riesgo residual:** es el evento final, al cual se le aplicarán medidas de administración de acuerdo al nivel de riesgo y los lineamientos institucionales de aceptabilidad, esto será desarrollado a fondo en la etapa de "administración"...

Mapa de calor nivel de severidad

		Magnitud		
		Menor (1)	Media (2)	Mayor (3)
Probabilidad	Casi certeza (3)	Moderado (3)	Alto (6)	Extremo (9)
	Posible (2)	Bajo (2)	Moderado (4)	Alto (6)
	Raro (1)	Insignificante (1)	Bajo (2)	Moderado (3)

A continuación se indican los pasos para realizar la evaluación del riesgo absoluto, controlado, residual y la evaluación posterior al concluir las actividades de las MAS y establecer su nivel de acuerdo al Instructivo de uso del Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI):

2. Identificación

...7. Se selecciona la magnitud y la probabilidad de ocurrencia del evento. Es el equivalente al riesgo absoluto.

...14. La “severidad mínima” establece el nivel de riesgo mínimo que el evento puede obtener. Esta información es la base para establecer la nueva “magnitud” y “probabilidad”, es decir, el riesgo residual.

15. El usuario valora la severidad del riesgo, considerando los controles existentes y verifica si el evento varió su estado o no. Al determinar la “magnitud” y “probabilidad”, el sistema generará automáticamente la nueva severidad y aceptabilidad del riesgo...

3. Evaluación

...32. El usuario evalúa la “eficacia” y “eficiencia” de la medida de administración sugerida, según la clasificación establecida en el apartado 3.1.5 del Marco Orientador.

33. Una vez definidos los valores de la eficacia y eficiencia de la “MAS” se procede a dar clic en “guardar evaluación”.

34. La “severidad mínima” establece el nivel de riesgo mínimo que el evento puede obtener. Esta información es la base para establecer la nueva “magnitud” y “probabilidad”, es decir, el riesgo residual.

35. Una vez concluida la evaluación, dar clic en el botón “Guardar” para que la información se almacene.

36. Evaluada la “MAS, el sistema determinar la nueva “severidad” y “aceptabilidad”, indicando al usuario si debe “plantear una medida de administración sugerida” nueva.

Nota: en caso de que la severidad del riesgo resulte en un nivel moderado, el usuario debe valorar los criterios para determinar su aceptabilidad. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

En cuanto a la emisión de los informes de riesgos la Metodología SEVRI Ciclo Junio 2019 – Junio 2020, de marzo 2019, indica lo siguiente:

...2. Emisión de informes sobre los resultados de riesgos y medidas del ciclo 2019

La culminación del momento anterior permite generar los informes que reseñen los cambios ocurridos en los riesgos y medidas, estos serán elaborados por los funcionarios del ACI con base en los datos de la valoración de riesgos contenida en el SIRI, a su vez el Área realizará tres informes...

Estos informes se componen de un resumen de las principales situaciones acontecidas en el ciclo y se anexa el mapa de riesgos correspondiente.

Finalmente, una vez aprobado por el Consejo Universitario se divulgan los resultados del SEVRI a todas las instancias de la Universidad, por medio de una circular dirigida a los titulares de cada dependencia y área, complementando las etapas del SEVRI, documentación y comunicación, las cuales se ubican ampliamente expuestas en los apartados, 3.1.6 y 3.1.7 del Marco Orientador. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

Para los casos citados, en que la severidad del riesgo residual mostrada por la Administración en el Informe de Riesgos Institucionales es extrema y el cálculo de la Auditoría Universitaria es severidad alta, se comprueba por medio de la base de datos de auditoría, suministrada¹⁸ por la Dirección de Gestión de Tecnologías de la Información (DGTI), que no existen modificaciones en la severidad del riesgo residual que fue registrada por los usuarios en el SIRI. Por lo que, las diferencias determinadas en el cálculo se presentan al ser procesada la información de los reportes, que son generados para elaborar el Informe Institucional de Riesgos por parte del Área de Control Interno de la DPU, ya que se utiliza la severidad del riesgo absoluto y no la del riesgo residual, lo que genera que la información que se muestra en el Informe de Institucional de Riesgos no corresponda con la evaluación final que se realiza de estos por parte de los usuarios en el SIRI.

2.5 Evaluación de severidad con Medidas de Administración Sugeridas

Del cálculo realizado sobre el nivel de los riesgos individuales (severidad) se determinan las siguientes situaciones que se muestran en la siguiente tabla, relacionadas con la finalización y evaluación de la MAS y las "Evaluaciones de Severidad con Medidas de Administración Sugeridas":

Tabla 3 Situaciones con evaluación de MAS

Dependencia o área	Riesgo	MAS	Observación
Dirección de Control de Bienes e Inventarios	AU - DCBI - 1 - 2017 - 124 - Pérdida de control sobre los activos propiedad de la UTN.	I-2017 Implementación de un nuevo sistema de plaqueo y control de activos.	Cuenta con una MAS planteada en 1-2017 que no se encuentra cumplida ni evaluada, se realiza la evaluación de severidad con MAS en el periodo I-2019 y se aumenta la severidad del

¹⁸ Suministrada por parte del funcionario de Soporte de Base de Datos de DGTI el 17 de octubre de 2019.

Dependencia o área	Riesgo	MAS	Observación
			riesgo, pero no se agregan nuevas MAS o actividades.
Sede Guanacaste - Área de Producción y Gestión Empresarial	SG - PGE - 1 - 2016 - 61 - Incendios en finca experimental.	I-2016 Construcción de una tanqueta con motor para almacenamiento y traslado de agua cuando se presente emergencias de incendio en finca experimental.	Cuenta con una MAS planteada en 1-2016 que no se encuentra cumplida ni evaluada, se realiza la evaluación de severidad con MAS en el periodo I-2019, se aumenta la severidad del riesgo y se agrega una MAS en el periodo 1-2019.
	SG - PGE - 1 - 2016 - 63 - Disminución de rendimientos de proyectos productivos en Finca Experimental.	I-2016 Realizar una programación para compras de insumos para manejo agronómico de los proyectos y ejecutar la compra de los mismos.	Cuenta con una MAS planteada en 1-2016 que no se encuentra cumplida ni evaluada, se realiza la evaluación de severidad con MAS en el periodo I-2019 y se mantiene la severidad del riesgo
	SG - PGE - 1 - 2016 - 64 - No contar con agua en el Proyecto Acuícola.	I-2016 Implementar un sistema de aireación que nos permita tener el mínimo de oxígeno en el estanque requerido para mantener vivos los peces durante la ausencia de agua.	Cuenta con una MAS planteada en 1-2016 que no se encuentra cumplida ni evaluada, se realiza la evaluación de severidad con MAS en el periodo I-2019, se mantiene la severidad del riesgo y se agrega una MAS en el periodo 1-2019.
Programa de Innovación	AU - PI - 1 - 2016 - 3 - Desconocimiento del proceso de administración del PIOM	I-2018 Documentar el procedimiento de selección de candidatos del PIOM.	Cuenta con una MAS planteada en 1-2016 que se encuentra cumplida y evaluada en el 2018, MAS planteada en 1-2018 que se encuentra cumplida y evaluada en el 2019, se agrega una MAS en el periodo 1-2019 y no se realizan evaluaciones de severidad con MAS.
Sede Atenas - Área de Gestión Administrativa	SA - GA - 1 - 2018 - 137 - Insuficiente capacidad de la infraestructura existente.	I-2018 Determinar la capacidad máxima de la infraestructura existente	Cuenta con una MAS planteada en 1-2018 que se encuentra cumplida y evaluada en el 2019, pero se agrega un actividad en el 2019 y no se realizan evaluaciones de severidad con MAS.
Sede Atenas - Área de Extensión y Acción Social	SA - DEAS - 1 - 2016 - 90 - Disminución en la participación en los cursos de Extensión	I-2016 Desarrollar una estrategia de divulgación digital	Cuenta con una MAS planteada en 1-2016 que se encuentra cumplida y evaluada en el 2019 de acuerdo al Reporte Ficha de Riesgo, pero la MAS se da por cumplida en el informe elaborado en el 2018 y también tiene esa misma condición en el informe de 2019, la severidad del riesgo es insignificante y se indica que el mismo es aceptable en ambos periodos, esto se presenta porque dos usuarios realizan modificaciones en el 2019 de la evaluación de

Dependencia o área	Riesgo	MAS	Observación
			severidad con MAS efectuada en el 2018.

Fuente: Elaborada por la Auditoría Universitaria con base al Reporte Ficha de Riesgos de cada dependencia o área.

Sobre los sistemas de información y la responsabilidad que poseen los jefes y titulares subordinados en cuanto a información y comunicación el artículo 16 de la Ley General de Control Interno N. 8292, establece lo siguiente:

Artículo 16.-**Sistemas de información.** Deberá contarse con sistemas de información que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, entendiéndose esta como el conjunto de actividades realizadas con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado la información producida o recibida en la organización, en el desarrollo de sus actividades, con el fin de prevenir cualquier desvío en los objetivos trazados. Dicha gestión documental deberá estar estrechamente relacionada con la gestión de la información, en la que deberán contemplarse las bases de datos corporativas y las demás aplicaciones informáticas, las cuales se constituyen en importantes fuentes de la información registrada.

En cuanto a la información y comunicación, serán deberes del jefe y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información, entre otros, los siguientes:

a) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requeridos (sic) para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno... (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

Además las normas 4.4 y 4.4.1 de las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), indican lo siguiente sobre la confiabilidad, oportunidad y documentación de la información:

4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información

El jefe y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad sobre el funcionamiento del SCI y sobre el desempeño institucional, así como que esa información se comunique con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus

operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas, así como los requisitos indicados en la norma 4.2...

4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

Las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), establecen lo siguiente en cuanto a herramienta de apoyo para la administración de la información y la revisión de riesgos:

3.6. Herramienta de apoyo para la administración de información. Se deberá establecer una herramienta para la gestión y documentación de la información que utilizará y generará el SEVRI, la cual podrá ser de tipo manual, computadorizada o una combinación de ambos.

Esta herramienta deberá contar con un sistema de registros de información que permita el análisis histórico de los riesgos institucionales y de los factores asociados a dichos riesgos...

4.6. Revisión de riesgos. En relación con los riesgos identificados, se deberá dar seguimiento, al menos, a:

- a) el nivel de riesgo;
- b) los factores de riesgo;
- c) el grado de ejecución de las medidas para la administración de riesgos;
- d) la eficacia y la eficiencia de las medidas para la administración de riesgos ejecutadas.

La revisión de riesgos deberá ejecutarse de forma continua y la información que se genere en esta actividad deberá servir de insumo para:

- a) elaborar los reportes del SEVRI;
- b) ajustar de forma continua las medidas para la administración de riesgos;

y

c) evaluar y ajustar los objetivos y metas institucionales. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

El Marco Orientador indica lo siguiente sobre la revisión de riesgos “...consiste en realizar un seguimiento al nivel de severidad de los riesgos. Respecto a las medidas de administración las dependencias o áreas reportan el estado de ejecución de las medidas y la efectividad de su cumplimiento.”

El Instructivo de uso del Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI)¹⁹, indica lo siguiente en cuanto a la evaluación de las MAS:

3. Evaluación

...Es la etapa donde los titulares evalúan en primera instancia, el cumplimiento de cada una de las actividades propuestas en las "MAS", y posteriormente se evalúa la "medida de administración sugerida", siguiendo con el proceso de valoración indicado en la Metodología del SEVRI de cada ciclo...

28. En el apartado "evaluación", dar clic en el enlace "evaluar actividades" para iniciar con el proceso.

29. Esta pantalla permite evaluar cada una de las actividades que posee una medida, por tanto, dar clic en "evaluar", y así indicar el avance de cumplimiento.

30. En la opción "aplicada" se determina el estado de cumplimiento de la actividad, por tanto, si se selecciona "Sí", significa que la actividad se cumplió. Para guardar la información debe dar clic en el botón "Actualizar".

31. Una vez finalizadas las actividades programadas, el sistema automáticamente lo llevará a evaluar la medida, pero sino puede desarrollar esa acción en ese momento, ingrese al sistema y dé clic en "Medida de administración sugerida / Evaluación" para continuar con el proceso.

32. El usuario evalúa la "eficacia" y "eficiencia" de la medida de administración sugerida, según la clasificación establecida en el apartado 3.1.5 del Marco Orientador.

33. Una vez definidos los valores de la eficacia y eficiencia de la "MAS" se procede a dar clic en "guardar evaluación".

34. La "severidad mínima" establece el nivel de riesgo mínimo que el evento puede obtener. Esta información es la base para establecer la nueva "magnitud" y "probabilidad", es decir, el riesgo residual.

35. Una vez concluida la evaluación, dar clic en el botón "Guardar" para que la información se almacene.

36. Evaluada la "MAS, el sistema determinar la nueva "severidad" y "aceptabilidad", indicando al usuario si debe "plantear una medida de administración sugerida" nueva.

Nota: en caso de que la severidad del riesgo resulte en un nivel moderado, el usuario debe valorar los criterios para determinar su aceptabilidad. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

En relación con las situaciones mencionadas en la Tabla 3 y lo indicado en el Instructivo de uso del SIRI, se determina que este instrumento en el apartado de "Evaluación" carece de pautas sobre las acciones que puede hacer el usuario del SIRI en cuanto a agregar actividades y MAS de acuerdo a la aplicación del criterio experto del titular subordinado, quién puede determinar nuevas actividades de la MAS que se encuentra en evaluación, o agregar una MAS.

¹⁹ Es el instrumento que da las pautas a los usuarios para el ingreso de la información al Sistema.

Al realizar el procedimiento del cálculo de la severidad se determinan situaciones relacionadas con las “Evaluaciones de Severidad con Medidas de Administración Sugeridas”, principalmente entre la fecha de evaluación de la MAS con la fecha de ingreso al SIRI de actividades o MAS agregadas posteriormente, o bien, por el aumento de la severidad del riesgo, sin que se agreguen actividades o MAS para administrar el riesgo.

En consecuencia al existir carencias en el Instructivo de uso del SIRI provoca que el usuario no tenga claridad en la actividad de revisión de los riesgos del proceso de valoración, en cuanto, que de ser necesario se puedan plantear nuevas actividades o MAS cuando se realiza el seguimiento de los riesgos y la evaluación que debe realizar para determinar la nueva severidad posterior a la finalización de las actividades y la evaluación de la eficacia y eficiencia de las MAS.

2.6 Documentación del cumplimiento y cierre técnico de las actividades de las Medidas de Administración Sugeridas

Al realizar la comprobación de la existencia de evidencias del cumplimiento de las actividades de las MAS, se determina que las siguientes dependencias poseen evidencia insuficiente o no cuentan con la misma, lo cual se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 4 Evidencias de cumplimiento de las MAS

Dependencia	Riesgo	MAS	Actividades de la MAS	Observaciones
Dirección General de Asuntos Jurídicos	AU - DGAJ - 1 - 2016 - 92 - Procedimiento de acoso sexual sin fundamento normativo universitario.	I-2018 Taller sobre acosos sexuales para docentes y un taller de acoso sexual para estudiantes	Actividad 1 - Talleres para docentes y estudiantes sobre el manejo de las relaciones docente-estudiante y el acoso sexual	Sobre los talleres impartidos a los estudiantes, solamente entregan un correo donde se indica la participación de un funcionario de la DGAJ en el Congreso Estudiantil UTN 2019, pero no se suministran listas de asistencia de los estudiantes a las charlas u otra evidencia de su ejecución, además que no se muestra que los

Dependencia	Riesgo	MAS	Actividades de la MAS	Observaciones
				talleres se dieran a nivel de toda la Universidad.
Dirección de Gestión de Desarrollo Humano	AU-DGDH-1-2016-98 - Limitada normativa salarial	II-2014 Desarrollar el Reglamento para reconocimiento de anualidades y tiempo servido en el sector público	Actividad 2 - Aprobación del reglamento por el Consejo Universitario (Actividad inválida)	En las cartas DGDH-490-2017 y DGDH-550-2017 no hace mención a la invalidación de esta actividad, ni fue suministrada otra información donde se evidencie.
			Actividad 2 - Validar la propuesta por parte de la DGDH	En el acta se indica que no se tiene evidencia del cumplimiento de esta actividad.
Dirección de Mercadeo y Gestión de Ventas	AU - DMGV - 1 - 2016 - 27 - Brindar información inadecuada a los aspirantes	I-2016 Desarrollar un plan de capacitación a las unidades de Mercadeo y Comunicación sobre los procesos de la DMGV	Actividad 3 - Evaluar el Plan de Capacitación	Al momento de la visita no se localiza la evidencia relacionada con la evaluación del Plan de Capacitación y posterior se envía un correo por parte del Director de DMGV indicando que no se encontró la información.
Sede Atenas - Decanato	SA - DEC - 1 - 2016 - 110 - Riesgos de Accidentes Laborales	I-2014 Desarrollar un plan, en coordinación con la Rectoría en materia de salud ocupacional.	Actividad 1 - Coordinar una reunión con la Comisión de Salud Ocupacional, y solicitar un informe de avance del Plan Salud Ocupacional	La única referencia que se hace sobre la Comisión de Salud Ocupacional es su creación.
			Actividad 2 - Coordinar con las dependencias la implementación del Plan de Salud Ocupacional.	En las evidencias referenciadas en el sistema se indica: "Se <i>implemento (sic) el puesto y se operativizarón (sic) las actividades., (Informes de labores anual)",</i> pero no se entrega el Plan de Salud Ocupacional para determinar si se implementa adecuadamente. En visita a la Sede

Dependencia	Riesgo	MAS	Actividades de la MAS	Observaciones
				Mariana Mayorga comenta que no se cuenta con un plan que lo que se ha implementado es un programa de salud ocupacional.
			Actividad 3 - Dar seguimiento a la Implementación y ejecución del Plan Salud Ocupacional.	En las evidencias referenciadas en el sistema se indica: "Tarea operativa, asignada a la Administración", pero no se entrega evidencia sobre el plan de salud ocupacional para determinar si se da seguimiento a la implementación y ejecución.

Fuente: Elaborada por la Auditoría Universitaria de acuerdo a la información suministrada por las dependencias o áreas.

Asimismo, en las visitas y consultas realizadas sobre la custodia y documentación del cumplimiento de las MAS, se determina que en las dependencias o áreas los enlaces o titulares subordinados definidos ante la DPU ya no son responsables del proceso de SEVRI y que esa labor la asume otro funcionario.

En cuanto a confiabilidad, oportunidad y documentación de la información, las normas 4.4 y 4.4.1 de las Normas de control interno para el Sector Público establecen lo siguiente:

4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad sobre el funcionamiento del SCI y sobre el desempeño institucional, así como que esa información se comunique con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas, así como los requisitos indicados en la norma 4.2...

4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional,

sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

Las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) indican lo siguiente sobre administración y documentación de los riesgos:

4.5. Administración de riesgos. A partir de la priorización de riesgos establecida, se debe evaluar y seleccionar la o las medidas para la administración de cada riesgo, de acuerdo con criterios institucionales que deberán contener al menos los siguientes:

- a) la relación costo-beneficio de llevar a cabo cada opción;
 - b) la capacidad e idoneidad de los entes participantes internos y externos a la institución en cada opción;
 - c) el cumplimiento del interés público y el resguardo de la hacienda pública;
- y
- d) la viabilidad jurídica, técnica y operacional de las opciones.

Se deberá valorar medidas dirigidas a la atención, modificación, transferencia y prevención de riesgos. En los casos en que sea imposible utilizar este tipo de medidas o las disponibles impliquen un costo mayor a su beneficio, la administración podrá retener dichos riesgos.

Las medidas para la administración de riesgos seleccionadas deberán:

- a) Servir de base para el establecimiento de las actividades de control del sistema de control interno institucional.
- b) Integrarse a los planes institucionales operativos y planes de mediano y largo plazos, según corresponda.
- c) Ejecutarse y evaluarse de forma continua en toda la institución.

4.7. Documentación de riesgos. Se deberá documentar la información sobre los riesgos y las medidas para la administración de riesgos que se genere en cada actividad de la valoración del riesgo (identificación, análisis, evaluación, administración y revisión)...

En los Objetivos Específicos, 2.1.4 Sujetos interesados y 3.1.6. Documentación de riesgos de la Normativa Interna del SEVRI, estos correspondientes al Marco Orientador se indica lo siguiente:

Objetivos específicos

...- Establecer mecanismos de revisión constante de los niveles de riesgo y cumplimiento de las medidas, los cuales se mantengan debidamente documentados y comunicados a los interesados...

2.1.4. Sujetos interesados

...a. Sujetos interesados internos...

Sujetos interesados	Rol
Titulares Subordinados	<ul style="list-style-type: none"> • Participar activamente en el desarrollo de las siete fases del SEVRI, según su competencia. • Tomar decisiones apoyándose en los resultados de la implementación de las siete fases del SEVRI. • Promover un ambiente favorable para la implementación del componente de valoración del riesgo en los diferentes procesos. • Emitir criterios para el mejoramiento continuo del SEVRI, de acuerdo a la metodología correspondiente. • Coordinar las acciones compartidas en la gestión de riesgos que así lo requieran. • Desarrollar medidas de administración para los riesgos. • Analizar e implementar las recomendaciones de la Auditoría Interna
Enlaces de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar al titular subordinado en el proceso del Sistema Específico del Valoración de Riesgo Institucional. • Transmitir el conocimiento sobre valoración del riesgo a los funcionarios de la dependencia-área. • Enlazar a la dependencia-área con el Área de Control Interno.

3.1.6 Documentación de riesgos

Sexta fase del proceso de valoración de riesgo, consiste en preservar la información sobre los riesgos, las medidas de administración y las evidencias de ejecución, las cuales se documentarán para cada etapa que se genere en cada actividad de la valoración del riesgo (identificación, análisis, evaluación, administración y revisión).

Las dependencias, las áreas y el Área de Control Interno deberán establecer registros de la información mínima necesario según la normativa aplicable.

En relación con las medidas para la administración de eventos deberá documentarse como mínimo su descripción, sus resultados esperados en tiempo y espacio, los recursos necesarios y responsables para llevarlas a cabo. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita y cursiva si son parte del texto original)

Los puntos Roles de manejo del SIRI, Acceso al módulo, 2. Identificación y 3. Evaluación del Instructivo de uso del Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI) mencionan lo siguiente:

Roles de manejo del SIRI

...**Usuario:** Es el encargado de ingresar los riesgos a la plataforma; así como, dar seguimiento hasta que se cumpla cada una de las medidas propuestas y la severidad del riesgo esté aceptable. En el caso de las sedes,

los decanos y vicerrectores tienen la posibilidad de visualizar la información ingresada por cada una de las instancias relacionadas a su ámbito...

Acceso al módulo

...Los funcionarios que no tienen usuario en la intranet, deben solicitar acceso por medio de un oficio dirigido a la Directora de Planificación Universitaria (DPU), detallando el nombre completo y correo institucional. La responsabilidad del envío de la nota será del Rector, los vicerrectores, los directores de la Administración Universitaria, los decanos y el Director del Centro de Formación Pedagógica y Tecnología Educativa según corresponda.

Además, es responsabilidad de estos notificar a la DPU ante un cambio de responsable en alguna de las dependencias y áreas ya sea, dentro de la institución o, si han dejado de laborar para la misma.

2. Identificación

...27. Una vez ingresados los datos de la "MAS", se da clic en "guardar" para continuar con el proceso.

Importante

Con esta pantalla se concluye la identificación del riesgo. Pasado un ciclo, el usuario podrá evaluar el cumplimiento de las actividades, así como determinar si la misma se finalizó o es necesario hacer una reprogramación. De existir varios riesgos en una instancia, el usuario repetirá el proceso de identificación.

Además, el Sistema le permite al titular subordinado realizar un seguimiento durante el periodo que no tenga habilitada la evaluación en cada una de las Medidas de Administración Sugeridas que ha identificado para administrar su riesgo, permitiéndole asignar un porcentaje de avance, evidencias o una justificación en caso de que exista algún incumplimiento. Esta acción se puede desarrollar por cada una de las actividades planteadas...

30. En la opción "aplicada" se determina el estado de cumplimiento de la actividad, por tanto, si se selecciona "Sí", significa que la actividad se cumplió. Para guardar la información debe dar clic en el botón "Actualizar".

30. (sic) En la opción "aplicada" si se selecciona "No" significa que la actividad no se realizó, por lo que debe reprogramarse y justificar el incumplimiento. Para guardar la información dar clic en "Actualizar".

3. Evaluación

Evaluación

Es la etapa donde los titulares evalúan en primera instancia, el cumplimiento de cada una de las actividades propuestas en las "MAS", y posteriormente se evalúa la "medida de administración sugerida", siguiendo con el proceso de valoración indicado en la Metodología del SEVRI de cada ciclo. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

La Metodología SEVRI Ciclo Junio 2019 – Junio 2020, de marzo 2019 establece lo siguiente en cuanto a documentación del cumplimiento de las MAS:

3. Seguimiento al cumplimiento de actividades de la medida sugerida.

En el ciclo junio 2019 – junio 2020 las instancias darán un seguimiento continuo al estado de ejecución de las medidas de administración sugeridas y el titular podrá constatar la efectividad de su cumplimiento, para poder establecer la severidad de los riesgos existentes. Lo anterior, se facilitará dado los cambios realizados en el 2018 en el Sistema y la creación de un nuevo módulo que funciona como una herramienta que permite señalar en tiempo real la ejecución de actividades y medidas sugeridas.

En dicho módulo el titular tendrá la información disponible correspondiente al calendario de cumplimiento y responsables de las actividades con la ventaja de poder registrar el avance de las mismas de manera actualizada y disponible las 24 horas.

Es importante resaltar que es responsabilidad de las instancias, documentar las evidencias de cumplimiento de cada actividad de las medidas de administración sugeridas que contenga el riesgo. A su vez, la información de la valoración de los riesgos estratégicos de cada dependencia y área será almacenada en la plataforma SIRI.

El seguimiento permite que se cumplan algunas de las etapas de valoración del riesgo como: identificación, análisis, administración y revisión; las mismas se especifican en el punto 3.1 del Marco Orientador. (El subrayado no corresponde al texto original, pero el estilo negrita si es parte del texto original)

Con respecto al cumplimiento y almacenamiento de las evidencias, la mayoría de las dependencias no tienen la documentación almacenada en un solo lugar que facilite el acceso para la verificación del cumplimiento de las actividades de las MAS y en algunos casos no tienen las evidencias disponibles, además se cambia con frecuencia a la persona designada como enlace o encargada de darle seguimiento al proceso del SEVRI, lo que manifiesta un debilitamiento al sistema de valoración de riesgos y un incumplimiento de la actividad de documentación que es parte integral y permanente del Sistema.

La DPU implementa en el periodo 2019 la creación de carpetas en Google Drive para la inclusión de evidencias del cumplimiento de las MAS, pero esto no se encuentra normado, además estas carpetas son creadas con el usuario de un funcionario de cada Dirección, lo cual podría generar problemas en una eventual renuncia o traslado del funcionario, por lo anterior, en caso que sea establecido en la normativa este medio de almacenamiento, estas deberían ser creadas desde un correo institucional de la Dirección, y las carpetas pueden ser complementadas agregando un nivel más, donde se aloje la documentación por número de actividad, ya sea que la misma se encuentre cumplida o invalidada, para facilidad y mayor orden.

En el caso de la muestra seleccionada²⁰ para la comprobación de las evidencias del cumplimiento de las MAS, únicamente la Dirección General de Asuntos Jurídicos tiene cumplida la MAS en el 2019, pero en la carpeta compartida no muestra información del cumplimiento de la misma, por lo que la documentación fue suministrada en una reunión entre funcionarias de la Auditoría Universitaria y el enlace de la Dirección.

De acuerdo a la revisión del cumplimiento de las MAS y consultas²¹ realizadas, se determina: que se han invalidado actividades correspondientes a las MAS, que no se ha realizado cierres técnicos²² de las MAS; estas definiciones, los procedimientos o procesos en los cuales se deben utilizar no se encuentran definidas en la normativa interna.

3. CONCLUSIONES

Como parte de la verificación del cumplimiento del Marco Orientador aprobado por el Consejo Universitario se determina que este se cumple parcialmente, adicionalmente se identifican elementos de mejora a este instrumento de trabajo, pues, existen sujetos interesados que no se toman en cuenta en el Marco Orientador de la Universidad.

Con respecto al establecimiento de actividades de control para que las dependencias se ubiquen en un nivel de riesgo aceptable, se evidencia que el proceso de valoración de riesgos no es realizado por la totalidad de las dependencias y áreas que conforman la Universidad, de acuerdo a lo dispuesto en el Marco Orientador y que no existe un incremento de las instancias participantes del periodo junio 2018-junio 2019 al periodo junio 2019-junio.

Relacionado con la verificación del nivel de riesgo de las dependencias y áreas, se determinan deficiencias en la identificación, análisis y administración de los riesgos, ya que no se visualizan riesgos de acuerdo al marco jurídico y naturaleza de sus funciones o de sus áreas de gestión y ejes institucionales, con las metas establecidas en el PIDE, además en la valoración de riesgos no se visualiza el quehacer sustantivo de la Universidad. Existe información errónea del nivel de

²⁰ Dirección General de Asuntos Jurídicos, Vicerrectoría de Extensión y Acción Social, Dirección de Gestión de Desarrollo Humano, Dirección de Mercadeo y Gestión de Ventas, Sede Central – Decanato y Sede Atenas – Decanato.

²¹ Entrevista realizada a un funcionario de la DPU, el 9 de octubre de 2019.

²² Concepto utilizado en la tabla del Mapa de Riesgos Estratégicos de los informes de riesgos de la Universidad Ciclo SEVRI junio 2018 - junio 2019 y Ciclo SEVRI junio 2019 - junio 2020.

riesgo mostrada en el Informe de Riesgos Institucionales ciclo SEVRI junio 2019 – junio 2020 y en la ejecución inoportuna de las actividades de las MAS. También, existen debilidades en la documentación que respalda el cumplimiento de las evidencias correspondiente a las actividades de las MAS por parte de las dependencias o áreas y una carencia en la normativa en cuanto al medio de almacenamiento de las evidencias y el procedimiento para invalidar las actividades o MAS de los riesgos.

4. RECOMENDACIONES

De conformidad con los deberes asignados al jerarca y los titulares subordinados en el inciso c) del artículo 12 de la Ley General de Control Interno, se emiten las siguientes recomendaciones, las cuales son de acatamiento obligatorio y deberán ser cumplidas dentro del plazo conferido para ello.

Por lo descrito anteriormente, con el propósito de mejorar el proceso de valoración de riesgos institucionales, que lleva a cabo la DPU y en las diferentes dependencias y áreas que realizan el proceso y en cumplimiento de la normativa legal y técnica vigente, esta Auditoría Universitaria emite las siguientes recomendaciones:

4.1. A la Directora de Planificación Universitaria

4.1.1. Actualizar el apartado 2.1.4. Sujetos interesados del Marco Orientador de la Universidad Técnica Nacional para que se consideren los sujetos interesados de acuerdo a las Directrices emitidas por la Contraloría General de la República de Costa Rica. Remitir a la Auditoría Universitaria, carta que indique la actualización del Marco Orientador aprobado por el Consejo Universitario, a más tardar el 15 de octubre de 2020. Ver resultado 2.1 de este Informe.

4.1.2. Incluir dentro del apartado 2.2. de la Estrategia del Marco Orientador acciones que se relacionen con la identificación de todas las dependencias o áreas de la Universidad, así como la programación del ingreso paulatino de las dependencias que no se encuentren realizando el proceso de valoración de riesgos, entre otras que se requieran necesarias. Remitir a la Auditoría Universitaria, carta que indique la actualización del Marco Orientador aprobado por

el Consejo Universitario, a más tardar el 15 de octubre de 2020. Ver resultado 2.2 de este Informe.

4.1.3. Incluir en los apartados del Marco Orientador (2.2 de la Estrategia y 3.1.1 de la Normativa Interna) acciones específicas que complementen las establecidas en el proceso de avance y evolución del Sistema Específico de Valoración de Riesgos para lograr su maduración, así como la vinculación de los riesgos con la estructura orgánica actualizada, la formulación y evaluación de los planes estratégicos. Remitir a la Auditoría Universitaria, carta que indique la actualización del Marco Orientador aprobado por el Consejo Universitario, a más tardar el 15 de octubre de 2020. Ver resultado 2.3 de este Informe.

4.1.4. Implementar una evaluación periódica del cumplimiento de las acciones definidas en el apartado 2.2. de la Estrategia del Marco Orientador por parte del Área de Control Interno. Remitir a la Auditoría Universitaria, carta que indique la actualización del Marco Orientador aprobado por el Consejo Universitario, a más tardar el 15 de octubre de 2020. Ver resultado 2.3 de este Informe.

4.1.5. Implementar controles que validen que la información de los Informes Institucionales de Riesgos corresponda al riesgo residual registrado por las dependencias en el Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI). Remitir a la Auditoría Universitaria, carta que indique los controles implementados para la validación de la información de los Informes Institucionales de Riesgos, a más tardar el 15 de octubre de 2020. Ver resultado 2.4 de este Informe.

4.1.6. Incluir en el Instructivo de uso del Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI) apartado 3. Evaluación, la posibilidad de plantear nuevas actividades o Medidas de Administración Sugeridas (MAS) en el momento de dar seguimiento a los riesgos, considerando las reglas del negocio (normativa que considera las validaciones y restricciones que contiene actualmente el SIRI). Remitir a la Auditoría Universitaria, carta que indique la actualización del Instructivo aprobado, a más tardar el 15 de octubre de 2020. Ver resultado 2.5 de este Informe.

- 4.1.7.** Incorporar en la normativa interna el medio de almacenamiento para incluir la documentación de las evidencias sobre el cumplimiento o invalidación de las actividades o Medidas de Administración Sugeridas (MAS) de los riesgos, así como el procedimiento para acreditar la invalidación de las actividades o MAS de los riesgos. Remitir a la Auditoría Universitaria, carta donde adjunte la normativa interna aprobada en la cual se incorpora el almacenamiento de las evidencias y el procedimiento de invalidación, a más tardar el 15 de octubre de 2020. Ver resultado 2.6 de este Informe.
- 4.1.8.** Solicitar por escrito a las áreas o dependencias la recopilación de las evidencias y/o justificaciones de haber seleccionado “Sí” en la opción “Aplicada” de las actividades de las Medidas de Administración Sugeridas (MAS), sin contar con la totalidad de las evidencias o la ejecución efectiva de dichas actividades. Remitir a la Auditoría Universitaria, carta de la solicitud de recopilación de las evidencias y/o justificaciones a las áreas o dependencias, a más tardar el 17 de agosto de 2020. Ver resultado 2.6 de este Informe.
- 4.1.9.** Solicitar por escrito a las dependencias o áreas la actualización de los nombres de los funcionarios que fungen como enlaces, encargados de apoyar al titular subordinado en el proceso de valoración de riesgos en la Administración Universitaria. Remitir a la Auditoría Universitaria, carta de solicitud de actualización de los enlaces, a más tardar el 15 de octubre de 2020. Ver resultado 2.6 de este Informe.
- 4.1.10.** Solicitar por escrito a los Decanos los nombres de los funcionarios que fungen como titular subordinado en las Sedes y que están a cargo del proceso de valoración de riesgos en las dependencias o áreas. Remitir a la Auditoría Universitaria, carta de solicitud de actualización de los titulares subordinados, a más tardar el 15 de octubre de 2020. Ver resultado 2.6 de este Informe.
- 4.1.11.** Actualizar los nombres de los funcionarios de las dependencias o áreas, que fungen como enlaces en la Administración Universitaria y los titulares subordinados de las Sedes encargados del proceso de valoración de riesgos en el Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI). Remitir a la Auditoría Universitaria, carta donde se indique la

actualización de los nombres de los enlaces de las dependencias o áreas, a más tardar 02 de noviembre de 2020. Ver resultado 2.6 de este Informe.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Se recuerda lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley General de Control Interno, Ley N. 8292, en el sentido de ordenar la implementación de las recomendaciones de los Informes de Auditoría dirigidos a titulares subordinados, en un plazo de 10 días hábiles a partir de la recepción del mismo; el artículo indicado cita lo siguiente:

Artículo 36. —**Informes dirigidos a los titulares subordinados.** Cuando los informes de auditoría contengan recomendaciones dirigidas a los titulares subordinados, se procederá de la siguiente manera:

a) El titular subordinado, en un plazo improrrogable de diez días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, ordenará la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de ellas, en el transcurso de dicho plazo elevará el informe de auditoría al jerarca, con copia a la auditoría interna, expondrá por escrito las razones por las cuales objeta las recomendaciones del informe y propondrá soluciones alternas para los hallazgos detectados

b) Con vista de lo anterior, el jerarca deberá resolver, en el plazo de veinte días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la documentación remitida por el titular subordinado; además, deberá ordenar la implantación de recomendaciones de la auditoría interna, las soluciones alternas propuestas por el titular subordinado o las de su propia iniciativa, debidamente fundamentadas. Dentro de los primeros diez días de ese lapso, el auditor interno podrá apersonarse, de oficio, ante el jerarca, para pronunciarse sobre las objeciones o soluciones alternas propuestas. Las soluciones que el jerarca ordene implantar y que sean distintas de las propuestas por la auditoría interna, estarán sujetas, en lo conducente, a lo dispuesto en los artículos siguientes.

c) El acto en firme será dado a conocer a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente, para el trámite que proceda.

La legislación señala que en caso de discrepar de las recomendaciones, dentro del plazo indicado deberá ordenar las soluciones alternas que motivadamente disponga, todo ello tendrá que comunicarlo debidamente a la Auditoría Universitaria.

Se recuerda sobre las posibles responsabilidades, en que se puede incurrir, por el incumplimiento injustificado de la instauración oportuna de las recomendaciones de la Auditoría Universitaria, conforme con lo establecido en esta Ley.

6. ANEXOS

ANEXO 1

INFORME DE AUDITORÍA AU-01-2020 SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL

Valoración de Observaciones del Auditado al Borrador de Informe

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.1 Plazo de cuatro meses después de la firma del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Ampliar el plazo de la recomendación en seis meses		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	Se analiza lo que indica la Directora de Planificación Universitaria sobre la preocupación de no poder cumplir el plazo de la recomendación por la agenda que pueda tener el Consejo Universitario, a raíz del cambio de autoridades de la Universidad, por lo que se amplía el plazo a seis meses posteriores a la firma del Informe.		

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.2 Plazo de cuatro meses después de la firma del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Ampliar el plazo de la recomendación en seis meses		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	Se analiza lo que indica la Directora de Planificación Universitaria sobre la preocupación de no poder cumplir el plazo de la recomendación por la agenda que pueda tener el Consejo Universitario, a raíz del cambio de autoridades de la Universidad, por lo que se amplía el plazo a seis meses posteriores a la firma del Informe.		

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.3 Plazo de cuatro meses después de la firma del Informe Final		
--	---	--	--

Observaciones de la Administración	Ampliar el plazo de la recomendación en seis meses		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	Se analiza lo que indica la Directora de Planificación Universitaria sobre la preocupación de no poder cumplir el plazo de la recomendación por la agenda que pueda tener el Consejo Universitario, a raíz del cambio de autoridades de la Universidad, por lo que se amplía el plazo a seis meses posteriores a la firmeza del Informe.		

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.4 Plazo de cuatro meses después de la firmeza del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Ampliar el plazo de la recomendación en seis meses		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	Se analiza lo que indica la Directora de Planificación Universitaria sobre la preocupación de no poder cumplir el plazo de la recomendación por la agenda que pueda tener el Consejo Universitario, a raíz del cambio de autoridades de la Universidad, por lo que se amplía el plazo a seis meses posteriores a la firmeza del Informe.		

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.5 Plazo de un mes después de la firmeza del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Ampliar el plazo de la recomendación en seis meses		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	Se analiza lo que indica la Directora de Planificación Universitaria sobre el vínculo que se va a realizar sobre la acción de la recomendación con la organización y el plan de mejoras de la Dirección, por lo que se amplía el plazo a seis meses posteriores a la firmeza del Informe.		

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.6 Plazo de tres meses después de la firmeza del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Se comenta en relación con el criterio experto del titular subordinado para cambios en la valoración del riesgo. Cambio de la recomendación por imposibilidad de actualización por parte de la Dirección de Gestión de Tecnologías de la Información (DGTI) del Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI), denominado SEVRI en la plataforma de Sistemas Integrados de Gestión Universitaria (SIGU) conocida como Intranet.		
¿Se acoge?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input checked="" type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	Se analiza la carta DGTI-136-2019 del 03 de octubre de 2019 emitida por la DGTI y las minutas del Consejo de Rectoría: Minuta CR-17-2019 del 11 de setiembre de 2019 y Minuta CR-21-2019 del 16 de octubre de 2019, donde se evidencia que la DGTI comunica que detiene los nuevos desarrollos y los ajustes de cambios o mejoras a los sistemas existentes que se encuentran en la plataforma SIGU a raíz que el sistema que se utiliza para su gestión es Drupal y la versión que tiene la Universidad la fecha límite de soporte internacional finaliza en noviembre de 2021, por lo que se modifica la recomendación del Informe, ya que la normativa actual carece de pautas sobre las acciones que puede hacer el usuario del SIRI en cuanto a agregar actividades y Medidas de Administración Sugeridas (MAS) de acuerdo a la aplicación del criterio experto del titular subordinado. Adicionalmente se amplía el plazo de la recomendación seis meses posteriores a la firmeza del Informe por el cambio de autoridades en la Universidad. Sin embargo, la inclusión en el Instructivo de uso del SIRI sobre la posibilidad de plantear nuevas actividades o MAS en el momento de dar seguimiento, requiere que la situación establezca con precisión las condiciones específicas que validen o restrinjan esa situación.		

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.7 Plazo de cuatro meses después de la firmeza del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Cambio de la recomendación por imposibilidad de actualización por parte de la Dirección de Gestión de Tecnologías de la Información (DGTI) del Sistema de Información de Riesgos Institucionales (SIRI), denominado SEVRI en la plataforma de Sistemas Integrados de Gestión Universitaria (SIGU) conocida como Intranet.		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>

Argumentos de la Auditoría Universitaria	Se analiza la carta DGTI-136-2019 del 03 de octubre de 2019 emitida por la DGTI y las minutas del Consejo de Rectoría: Minuta CR-17-2019 del 11 de setiembre de 2019 y Minuta CR-21-2019 del 16 de octubre de 2019, donde se evidencia que la DGTI comunica que detiene los nuevos desarrollos y los ajustes de cambios o mejoras a los sistemas existentes que se encuentran en la plataforma SIGU a raíz que el sistema que se utiliza para su gestión es Drupal y la versión que tiene la Universidad la fecha límite de soporte internacional finaliza en noviembre de 2021, por lo que no se cambia, sino se elimina la recomendación del Informe por la imposibilidad de aplicar las modificaciones en el SIRI.
---	---

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.8 Plazo de cuatro meses después de la firma del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Ampliar el plazo de la recomendación en seis meses		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	Se analiza lo que indica la Directora de Planificación Universitaria sobre la preocupación de no poder cumplir el plazo de la recomendación por la agenda que pueda tener el Consejo Universitario, a raíz del cambio de autoridades de la Universidad, por lo que se amplía el plazo a seis meses posteriores a la firma del Informe. Ver recomendación 4.1.7 del presente Informe Definitivo.		

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.9 Plazo de un mes después de la firma del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Ampliar el plazo de la recomendación en cuatro meses		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	Se analiza lo que indica la Directora de Planificación Universitaria sobre la recopilación de las evidencias, acreditar las invalidaciones y otro tipo de justificaciones de las actividades o las MAS, para incorporar esto como una actividad dentro de la verificación que se va a dar en el proceso de evaluación de la valoración de riesgos próximamente, a pesar que en la Propuesta de Responsables y Plazos para la Implementación de Recomendaciones la Dirección solicitan tres meses, en la conferencia sugieren cuatro meses, por lo que se		

	amplía el plazo a cuatro meses posteriores a la firmeza del Informe. Ver recomendación 4.1.8 del presente Informe Definitivo.
--	---

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.10 Plazo de un mes después de la firmeza del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Ampliar el plazo de la recomendación en seis meses. Además se comenta sobre la figura de enlace en la Administración Universitaria y el rol de los titulares subordinados en las Sedes.		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	En reunión posterior a la presentación del Borrador de Informe se solicita la modificación del plazo por el cambio de autoridades de la Universidad, por lo que se amplía el plazo a seis meses posteriores a la firmeza del Informe. Además se decide dividir la recomendación para que se solicite el nombre de los enlaces en la Administración Universitaria y la ratificación de los nombres de los titulares subordinados en las Sedes encargados de la valoración de riesgos. Ver recomendaciones 4.1.9 y 4.1.10 del presente Informe Definitivo.		

Número y plazo de recomendación	Recomendación 4.1.11 Plazo de tres meses después de la firmeza del Informe Final		
Observaciones de la Administración	Ampliar el plazo de la recomendación en siete meses		
¿Se acoge?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos de la Auditoría Universitaria	En reunión posterior a la presentación del Borrador de Informe se solicita la modificación del plazo por el cambio de autoridades de la Universidad, por lo que se amplía el plazo a siete meses posteriores a la firmeza del Informe por estar vinculada actualmente vinculadas a las recomendaciones 4.1.9 y 4.1.10 del presente Informe Definitivo.		